

# ACCUEIL DE LOISIRS DE VERTON RENTREE SCOLAIRE 2024 - 2025

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1 - ENFANT

NOM : .....  
PRÉNOM : .....  
DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON  FILLE

### DATES ET LIEU DU SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LES ACTIVITES DE L'ENFANT :

ELLE ÉVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

### 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphyltrie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétraçoq					
BCG					

S'IL ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

### 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicamenteux ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARIOELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	

ALLERGIES : ASTHME oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non   
AUTRES .....

SI OUI PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE, LES SIGNES EVOCATEURS ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

### OBSERVATIONS FAITES DURANT LE SEJOUR

VOTRE ENFANT PRÉSENTE-T-IL UNE SITUATION DE HANDICAP ?  
SI OUI PRÉCISEZ :

INDIQUEZ CI-APRÈS :  
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉEDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS  
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

oui  non

S'IL SAGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?

oui  non

### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM .....  
PRÉNOM .....  
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) .....

TEL. DOMICILE : .....  
TÉL. BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT .....

N°DE SECURITE SOCIALE : .....

MUTUELLE : .....

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....

Signature : .....